

ENCUENTRO DE ECONOMIA PUBLICA (GIRONA, 2014)

Efectos de un menor gasto público en servicios sanitarios para la atención en salud de la población inmigrante en España

David CANTARERO PRIETO y Marta PASCUAL SAEZ

Departamento de Economía. Universidad de Cantabria

Avda. de los Castros s/n. Santander 39005. Tel: +34 942 201625/28. Fax:

+34 942 201603. E-mail: pascualm@unican.es; cantared@unican.es

(Versión preliminar Noviembre 2013)

Abstract:

Dado el aumento en los últimos años del número de inmigrantes y la incertidumbre sobre la capacidad de nuestro servicio de salud de tratar con este problema además de las políticas de consolidación fiscal aplicadas, en este trabajo se analiza la salud de la población inmigrante y su grado de utilización de servicios de salud, basado en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y la Encuesta de Condiciones de Vida (EU-SILC). Por consiguiente, se comparan los perfiles de salud y los cambios en el uso de servicios sanitarios para las poblaciones extranjeras residentes en nuestro país antes y después de los años en los que se viene reduciendo el gasto público en sanidad.

Con ello, se espera estudiar si los recortes a algunos servicios sanitarios básicos, pueden desestabilizar el funcionamiento habitual de nuestro Sistema Nacional de Salud e incluso generarse a su vez incrementos a largo plazo del gasto motivados por nuevos costes de oportunidad. Por consiguiente, este artículo refleja los efectos perjudiciales en la salud de la población inmigrante si dispone de menos recursos públicos.

Palabras clave: Inmigración, salud, gasto, utilización, Encuesta Nacional de Salud (ENS), Encuesta Europea de Renta y Condiciones de Vida (EU-SILC).

1. INTRODUCCIÓN

España tiene uno de los gastos sanitarios públicos más bajos en relación a su PIB de la Unión Europea (UE) (en 2010 nuestro país gastó en términos totales en sanidad el 9.6% de su PIB, pero el 74% de los gastos eran públicos). También se han producido recortes del presupuesto en muchas Comunidades Autónomas en estos años de más del 10% frente a lo recortado en los presupuestos nacionales que ha sido de un 13.65% en 2012. Ello ha supuesto, entre otros efectos, aumentos en los tiempos de espera, menores servicios de la emergencia y menos procedimientos quirúrgicos además de otros impactos no sólo en bajada de producción de servicios sanitarios sino también en resultados en salud aún por determinar (Basu y Stuckler, 2013).

Por otro lado, el efecto de las migraciones son uno de los motivos de preocupación de los principales países desarrollados y, entre ellos, los europeos (García Gómez, 2007). En términos globales, en los últimos años se ha producido una mayor intensificación y diversificación de los flujos migratorios al continente europeo, habiendo convertido a España en un país receptor de flujos migratorios procedentes, con frecuencia, de países con unas condiciones de salud muy diferentes (Solsona y Viciano, 2004). En ese sentido, el Consejo de Europa recomienda a los Estados miembros que los inmigrantes tengan acceso a la sanidad con servicios de igual calidad que la población autóctona aunque un elemento común en la mayoría de los países ha consistido asimismo en establecer barreras a la inmigración intentando controlar las entradas de emigrantes para así asegurar que no se saturen sus mercados de trabajo y vivienda así como las infraestructuras y servicios públicos (Massey *et al.*, 1993). Obviamente, en el caso de la UE, los países miembros no pueden controlar directamente los flujos migratorios que proceden de otros países europeos dado que no existen barreras entre ellos (Joumard y Konsgrud, 2003).

Por ello, los sistemas de salud de la UE y nuestros Servicios Regionales de Salud (SRS) han de mejorar su conocimiento (información) sobre las características particulares de los inmigrantes además de incrementar los servicios en atención primaria y especializada y evitar la saturación en algunas zonas geográficas específicas y barrios de las grandes ciudades (Jansa y García de Olalla, 2004). Así, las preguntas que nos planteamos y a las cuales intentaremos dar respuesta en este estudio irían en la línea de cuáles son los factores determinantes del estado de salud y utilización de servicios de la población española y si esto ha variado tras la puesta en marcha de políticas de reducción del gasto público en sanidad. Analizar mejor estos aspectos prestando especial atención al colectivo de inmigrantes es de gran relevancia en nuestro país donde además los estudios

a este respecto son aún escasos dado que el fenómeno es muy reciente y no hemos tenido mucha información hasta ahora.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población extranjera en España alcanza ya entorno a un 9,9% del total de la población). Pero es que las características sociodemográficas y económicas de este tipo de población no corresponden a una extracción aleatoria de la población de origen y dichas características también dependen de las propiedades de los mercados laborales de los países de destino. Tal y como señala la teoría del capital humano cabe esperar que cuanto mayor sea la cualificación de un trabajador, mayor será su salario, de ahí que el inmigrante desde una perspectiva económica escogerá en qué país desea residir en función de dónde obtenga mayores ganancias salariales (Dolado y Vázquez, 2007). Y es que dichos inmigrantes tienen un perfil de tipo demográfico y sanitario así como de utilización de servicios públicos y de salud distinto al de la población española.

La experiencia comparada indica que hay dos fenómenos distintos que sirven para entender la trayectoria de salud de la población inmigrante y que explicaremos posteriormente como son el *Health Selectivity* y *Healthy Immigrant Effect*, que se dan fundamentalmente en aquellos países que se han venido caracterizando por haber recibido en las últimas décadas un mayor número de inmigrantes¹.

En nuestro país la inmigración es un fenómeno reciente y por eso son menos los estudios hasta la fecha² centrados en este colectivo dada la ausencia de bases de datos y registros longitudinales específicos que justifiquen el patrón de morbilidad, trayectoria de salud y utilización de los servicios de asistencia sanitaria en la población inmigrante

Y es que el término demanda se usa a veces cuando en realidad a lo que se refiere es a la necesidad o utilización de servicios sanitarios. Así, según Matthew (1971) la toma de decisiones del individuo se basa en tres fases: primero, la dolencia, enfermedad o malestar que supone la necesidad; segundo, la demanda que se produce cuando el ciudadano precisa de la

¹ Ver, entre otros, Sharma *et al.* (1990), Lalonde y Topel (1991), Dunn y Dick (2000), Gustaffson y Osterberg (2001), Mc Kay *et al.* (2003), McDonald y Kennedy (2004), Mayr (2005) y Chiswick *et al.* (2006).

² Pudiéndose citar, entre otros, a Jansa y García Olalla (2004), Sanz *et al.* (2000), Vall *et al.* (2001 y 2004), Cots *et al.* (2002), García Gómez *et al.* (2007), Rivera y Casal (2007) y Cantarero y Pascual (2007).

asistencia sanitaria y decide reclamarla; tercera, la utilización cuando el médico certifica que dicha atención está justificada.

La utilización pasa a ser entonces el resultado final de una decisión que se materializa, por ejemplo, en el sistema sanitario español en alguna de las tres alternativas existentes: una visita al médico general o especialista o una urgencia en un hospital que podría desembocar en una estancia (Puig *et al.*, 1998). Además, hay que tener en cuenta que al existir asimetría de información en los “mercados sanitarios” entre consumidores y productores, éstos tienen un papel primordial en la determinación de la demanda de asistencia sanitaria. A este planteamiento responde la “demanda inducida por la oferta” por la cual los proveedores emplean su información a efectos de poder influir en la demanda en su propio beneficio.

La literatura especializada viene empleando diferentes indicadores de frecuentación y utilización efectiva de servicios sanitarios³ por parte de la población inmigrante (entre otros, el número de visitas al servicio de urgencias, los días de estancia en el hospital, el número de consultas al médico general y al especialista, contactos con el dentista y ortodoncista, etc.). Si bien existen algunos estudios de tipo epidemiológico o de salud pública aún son escasos los estudios acerca de este tipo de población inmigrante y de sus características: perfil demográfico y de salud, eficiencia y equidad de las prestaciones que se les ofrecen, de sus diferencias por Comunidades Autónomas (CCAA), utilización de servicios sanitarios y del coste adicional que suponen para los SRS así como de las perspectivas de evolución de este colectivo específico en el futuro. Ha sido en cambio mayor la proliferación de trabajos sobre la utilización de servicios sanitarios de la población en general⁴, si bien en todo caso ha estado condicionada por las fuentes de información disponibles en cada momento.

Los inmigrantes, salvo contadas excepciones, suelen declarar tener un peor o mejor nivel de salud que la población autóctona⁵ como consecuencia de diversos factores relacionados con su propia experiencia migratoria. Entre ellos, y a pesar de que resulta algo complicado al interaccionar diversos factores, estarían la privación económica, la separación del entorno familiar, de sus amigos y de sus relaciones sociales,

³ Entre otros, Cameron *et al.* (1988), Pohlmeier y Ulrich (1995), Hurd y McGarry (1997), Gerdtam (1997), Chiappori *et al.* (1998), Holly *et al.* (1998), Vera-Hernandez (1999), Noro *et al.* (1999), Waters (1999), Schellhorn *et al.* (2000), Buchmueller *et al.* (2002), Jones *et al.* (2002), Sarma y Simpson (2006) y Nolan (2007).

⁴ Entre otros, Borrell *et al.* (2000), Urbanos (2000a y b), Abasolo *et al.* (2001), Alvarez (2001), Clavero y Gonzalez (2005a y b), López-Nicolás (2001), Jiménez *et al.* (2002) y Mora y Gallo (2006).

⁵ En función de que se converja o no también con las tasas del país de origen.

así como cambios en sus propios estilos de vida (como la dieta, el consumo de tabaco o alcohol, trabajo y horarios, tiempo de ocio y prácticas religiosas), un menor conocimiento de cómo funciona el sistema sanitario y de sus derechos en el país de acogida, dificultades al comunicarse con los profesionales sanitarios del país de acogida debido a las barreras lingüísticas, factores culturales y sociales, y las posibles vías de discriminación debidas a procesos de xenofobia y racismo (Powles y Gifford, 1990; Bourdillon y Bennegadi, 1992). Algunos de estos factores actúan de manera más intensa en la población más joven y pueden perdurar o no después, mientras que otros pueden actuar también en la edad adulta.

En particular, los inmigrantes “seleccionados” para entrar en un país sobre la base de su probable éxito económico motivado por su elevada cualificación⁶ es de esperar que tengan resultados en salud que difieran sistemáticamente de aquellos inmigrantes que tienen como origen procesos de reunificación familiar o ser inmigrantes de tipo humanitario (refugiados). A este fenómeno por el que quienes deciden emigrar tienen una selección positiva en salud se le denomina *health selectivity* y se encuentra en muchos de los que emigran en busca de un empleo (inmigración de tipo económica). Así, Marmot *et al.* (1984) demuestran que este efecto de selección positiva existe y que los inmigrantes asentados en el Reino Unido presentan, según origen, tasas estandarizadas de mortalidad inferiores a las de sus países de procedencia. Lo más adecuado en todo caso sería considerar al estado de salud de los inmigrantes como un elemento que puede ser modelizado en términos del stock de salud⁷ del inmigrante a su llegada (Etapa pre-inmigración) y su posterior inversión en salud (Etapa post-inmigración).

En ese sentido, puede pensarse que el estado de salud previo de los inmigrantes no es conocido, pero sí algunas de las variables que lo explican y que son previas a dicha inmigración tales como edad, sexo, educación, factores culturales y de idioma, etc.

La edad del inmigrante es muy importante dado que seguramente el estado de salud empeorará a medida que la edad aumente (Balarajan y Bulusu, 1990). El sexo también lo será, dado que las mujeres tienden a declarar un peor estado de salud que los hombres, quizás debido a razones biológicas o por el hecho de no estar influenciadas por un sesgo adverso de mortalidad como sucede en el caso de los hombres (Pol y Thomas, 1992; Brimblecombe *et al.*, 2000). El estado general de salud del país de origen

⁶ Como sucede en países como Estados Unidos, Australia y Canadá. Vid., entre otros, Hernández y Charney (1998), Globerman (1998), Schultz (1984), Kaspar (2002), Perez (2002) y Singh y Siahpush (2002).

⁷ Tal y como planteaba en términos generales Grossman (1972a y b).

del inmigrante, medido por indicadores como la esperanza de vida o mortalidad infantil, también puede ser importante (Sharma *et al.*, 1990; Harding y Maxwell, 1998).

En cuanto el inmigrante tenga un mayor nivel de educación, conocimientos y habilidades necesarias en el mercado laboral, es de esperar que tuviese ya un mayor nivel de salud en el país de origen, y que así llegase al país de acogida con un mayor nivel de salud (Grossman, 1972a y b; Pol y Thomas, 1992). Es decir, los individuos con un mayor nivel educativo han podido realizar mayores inversiones en salud. El estado de salud también podría estar conectado con el tipo de visado de inmigración obtenido. Así, los criterios de entrada en cuanto a estado de salud podrían ser más amplios en el caso de inmigrantes debido a su condición de refugiados o por reunificación familiar que en el caso de inmigrantes por razones económicas (para trabajar).

En cuanto a la etapa post-inmigración, hay diversos factores que inciden en el estado de salud de los individuos y que vendrían a condicionar la situación en el país de destino. Así, en cuanto al estado civil del inmigrante y su situación familiar, diversos estudios muestran que aquellos que están actualmente casados tienen mejores niveles de salud (Pol y Thomas, 1992; Waite y Gallagher, 2000). Esto se explicaría bien porque el matrimonio es endógeno con respecto al estado de salud bien porque existiría un “manto protector familiar” para cuidar a alguno de los cónyuges, aunque la existencia de hijos en la familia podría transmitir algunos problemas de salud a sus padres dado que son una fuente adicional de contacto con la población autóctona. El acceso a la asistencia sanitaria puede verse afectado posteriormente por los efectos “*enclave, concentración o de vecindario*” en el sentido que al vivir en un área con un elevado número de inmigrantes de la misma procedencia estaría proporcionando al propio inmigrante redes de información y apoyo adicionales necesarias tanto para el acceso al mercado laboral como para su información en cuanto a la asistencia sanitaria⁸ (Julian y Easthope, 1996). Un mejor conocimiento de la lengua del país de destino puede ser primordial para explicar un buen estado de salud al facilitar al inmigrante una mayor comunicación con los profesionales sanitarios (en centros de salud u hospitales) y el entender los documentos e información relativa a medicamentos (Karmi, 1991; Julian y

⁸ La incomunicación o lejanía del enclave en el cual se encontrase el inmigrante le castigaría al intentar conseguir el mejor acceso posible a la asistencia sanitaria.

Easthope, 1996). En definitiva, una mayor utilización sanitaria que bien empleada podría mejorar su estado de salud.

El “*tiempo de residencia en el país de destino*” es otro determinante básico al analizar el estado de salud del inmigrante. Una mayor periodo de residencia en dicho país supone una mayor edad, y si consideramos el resto de factores igual, un peor estado de salud (Cairney y Ostbye, 1999). Así, el estado de salud percibido puede ser menor con el periodo de permanencia en el país de destino debido a la “*regresión con respecto a la media*”. No obstante, el estado de salud del inmigrante puede mejorar a medida que el tiempo de estancia en el país de destino sea mayor si nos fijamos en estudios con datos de sección cruzada, ya que en ocasiones los menos sanos simplemente fallecen o vuelven a emigrar a sus países de origen (Palloni y Arias, 2004; Beenstock *et al.*, 2005). Las condiciones y recursos generados por estos inmigrantes determinarán el nivel de salud de segundas generaciones, además de condicionar su posterior trayectoria en términos de estado de salud y utilización de recursos.

Incluso puede que los inmigrantes tengan un buen estado de salud antes de la emigración, pero que la misma no sea buena para la salud individual al ser una experiencia traumática y dado que las personas suelen optimizar su stock de salud según el lugar donde residan. Si entonces se trasladan a un nuevo escenario, esos sistemas de apoyo al individuo (familiares, amigos, estilos de vida, etc.) así como sus precios relativos no tendrían porqué mantenerse, lo que supondría que se precisaría un diferente *mix de inputs óptimos* para mantener el mismo capital salud que anteriormente. Si estos elementos no se ajustan a ese nuevo escenario, el estado de salud del inmigrante podría verse reducido a medida que el tiempo de estancia sea mayor en el país de destino.

En todo caso, el *healthy immigrant effect* (mejor estado de salud de la población inmigrante frente a la autóctona) es menor al aumentar el tiempo de permanencia del inmigrante en el país de destino y de este modo converge su estado de salud con el de la población de dicho país. Por otro lado, existen factores estructurales (Andersen y Newman, 1973; Andersen, 1995) que condicionan el acceso a servicios sanitarios tales como determinantes socioeconómicos (nivel de renta, accesibilidad al sistema y conocimiento sobre los servicios disponibles), el estado de salud autopercebido y la capacidad de búsqueda y uso de recursos de salud en el

país de destino. De todos modos, la población inmigrante no tiene un perfil epidemiológico muy diferenciado al de la población autóctona.

2. MARCO LEGAL Y JURÍDICO DE ATENCIÓN SANITARIA A LOS INMIGRANTES

La Ley Orgánica 7/1985 de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España que estuvo vigente hasta el 1 de Febrero de 2000 no hacía referencia de forma concreta a la extensión de la asistencia sanitaria a los inmigrantes. Con la Ley 14/1986, General de Sanidad al menos se pasó a reconocer la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria a los extranjeros que tengan establecida su residencia en España. Sin embargo, la referencia al derecho de los inmigrantes a la protección de la salud se recoge en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social (LODLEx). Así, es en el artículo 12 de la citada Ley donde se establece el derecho de los extranjeros⁹ a la asistencia sanitaria:

1.- Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2.- Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

3.- Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

4.- Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

⁹ Se considera extranjero, a los efectos de aplicación de esta Ley, a los que carezcan de la nacionalidad española. Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea y aquéllos a quienes les sea de aplicación el régimen comunitario se regirán por la legislación de la Unión Europea, siéndoles de aplicación esta Ley en aquellos aspectos que pudieran ser más favorables.

El Consejo de Europa recomienda a los Estados miembros que los inmigrantes tengan acceso a la asistencia sanitaria con servicios de igual calidad que la población en general. Recomienda a las autoridades sanitarias de los gobiernos que estudien las necesidades de los distintos grupos étnicos para así facilitar la igualdad de acceso y planificar su atención; la formación de los profesionales sanitarios para que sean más conscientes de las necesidades de los pacientes inmigrantes; y garantizar que los servicios sanitarios puedan dar una asistencia de calidad y un mejor nivel de salud entre la población inmigrante.

Estas condiciones se reafirman en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud indicando también que los comunitarios tendrán los derechos resultantes del derecho comunitario europeo y de los Tratados y Convenios suscritos por el Estado español mientras que los no comunitarios tendrán los derechos reconocidos por las leyes, tratados y convenios suscritos. Asimismo, según la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, adoptada en 2002, todos los pacientes tienen el derecho a ser tratados en cualquier Estado Miembro. En varias sentencias del Tribunal Europeo de Justicia se ha confirmado que los pacientes que tengan problemas al recibir asistencia sanitaria en su país de origen pueden buscar ese mismo tratamiento en otro país europeo estando el gobierno del país de origen obligado a rembolsar los correspondientes costes.

Igualmente, desde hace ya más de nueve años una nueva tarjeta sanitaria europea ha facilitado el hecho de que los ciudadanos europeos puedan acceder a las asistencia sanitaria mientras estén de viaje o trabajando temporalmente en otro país europeo. Estos derechos suponen en definitiva que los pacientes puedan buscar el tratamiento sanitario adecuado para ellos fuera de las fronteras de sus países de origen.

Finalmente, el 1 de septiembre de 2012 entró en vigor el Real Decreto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que regula la condición de asegurado y beneficiario de la asistencia sanitaria pública en España por el que se atribuye una tarjeta sanitaria individual en el caso de que cumpla determinadas condiciones, deja sin tarjeta sanitaria a más de 153.000 inmigrantes “sin los correspondientes papeles”

Así, recibe la condición de persona con derecho a asistencia sanitaria: ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada al alta, ser pensionista del sistema de la Seguridad Social, ser receptor de cualquier otra prestación periódica de Seguridad Social (incluida la prestación y el subsidio de desempleo), haber agotado la prestación o subsidio de desempleo y estar inscrito en la oficina de empleo como demandante de empleo, personas de nacionalidad española,

nacionales de otros países de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo o Suiza residentes en España, extranjeros titulares de autorización de residencia (con NIE) en vigor, siempre que no superen el límite de ingresos determinado reglamentariamente, cónyuges o personas con análoga relación de afectividad (acreditada por inscripción oficial en el Registro de parejas de hecho), excónyuges con derecho a recibir una pensión compensatoria y descendientes y personas asimiladas menores de 26 años o mayores de 26 con discapacidad igual o superior al 65 por ciento, siempre que residan en España y estén a cargo del asegurado

Así, la situación de los inmigrantes “sin papeles” queda como que son atendidos únicamente en caso de: urgencia por enfermedad o accidente, durante el embarazo, el parto y postparto, menores de edad en todos los cuidados necesarios hasta cumplir los 18 años, los que ya recibían algún tratamiento crónico siguen siendo atendidos, hecho que no se garantiza a los nuevos casos que vayan llegando a partir del 1 de Septiembre de este mismo año

Ahora los inmigrantes con permiso de residencia tienen cobertura médica si acreditan que no tienen recursos económicos suficientes para recurrir a la sanidad privada, en base a un cierto límite monetario y: no está obligado a pagar la asistencia sanitaria aunque quedará registrado lo que deba al Sistema Nacional de Salud por su atención si dentro de un año este ciudadano tiene trabajo y sigue viviendo en España, legal, se le puede reclamar pagar por los servicios prestados anteriormente

Se establece también un sistema de convenio mediante una póliza privada para acceder a nuestro sistema de sanidad público, dirigido a los inmigrantes que estén empadronados un año, como mínimo, en alguna región española y que no sean beneficiarios del sistema de sanidad pública: coste 59,2€ mensuales (710,4€/año) o de 155,4€ mensuales (1.864,8€) si el paciente tiene más de 65 años; se reconoce que estas pólizas no están pensadas para los “sin papeles” sino para extranjeros con recursos que establecen su residencia en España para ser atendidos por el SNS, o “turismo sanitario”, este planteamiento del Ministerio de Sanidad solo ofrece la cartera básica de servicios que incluye los sistemas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en centros sanitarios y socio sanitario por lo que la cuota para recibir una cobertura sanitaria pública sería en muchos casos más costosa que la de la mayoría de seguros privados de salud

3. SALUD Y UTILIZACION EN LA POBLACION INMIGRANTE

A continuación describiremos la información que proporcionan las encuestas donde se recoge la salud y utilización de servicios de asistencia sanitaria en el colectivo inmigrante respecto a la población autóctona.

LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENS)

Es una investigación realizada por el INE en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Su periodicidad es bienal y su objetivo principal es la obtención de datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. En cuanto a sus últimas versiones, se dispone de información de adultos (población de 16 años y más) y niños (población de 0 a 15 años). En cuanto al ámbito poblacional de esta encuesta se trata del conjunto de personas que reside en viviendas familiares principales. Se define el hogar como la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar principal, o parte de ella, y consumen y/o comparten alimentos y otros bienes con cargo a un mismo presupuesto. La muestra se distribuye entre las distintas CCAA asignando una parte uniformemente y otra proporcional al tamaño de la Comunidad. El cuestionario de adultos se divide en las siguientes secciones: Información de identificación (sección, vivienda, informante, sexo, edad, etc.), estado de salud y accidentalidad, utilización de servicios sanitarios, hábitos de vida y características personales.

Proporciona información a nivel nacional y por CCAA. Además, contienen información sobre la valoración del estado de salud de los individuos, permiten conocer el grado de utilización de los servicios de salud, sus características, el uso de determinadas prácticas preventivas, la frecuencia y distribución de hábitos de vida que suponen riesgo para la salud y permiten relacionar esta información con las características sociodemográficas de la población. En la TABLA 1 se muestra que el 68,8% de la población española ha declarado que su estado de salud es bueno o muy bueno presentando los hombres una mejor percepción de su estado de salud que las mujeres. Así el 74,1% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno frente al 63,6% de las mujeres. La autovaloración de un buen estado de salud es menor en las personas con mayor edad. Sólo un 36,8% de personas mayores de 64 años valoran su

estado de salud como positivo frente al hecho de que un 88,8% de los menores de 16 años y un 87,9% de las personas de 16 a 24 años declaran que su estado de salud es bueno o muy bueno.

Asimismo, el 22,3% de la población tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria debido a un problema de salud (TABLA 2). El 18,6% de los hombres y el 25,9% de las mujeres declaran tener dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria por problemas de salud. Dichas dificultades son mayores en el colectivo de población de mayor edad, presentando el 42,7% de las personas de 65 y más años (34% de los hombres y el 48,9% de las mujeres) alguna limitación para desarrollar las actividades propias de la vida diaria.

TABLA 1

Población por sexo, edad y valoración del estado de salud percibida (en %)

	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Ambos sexos						
Total	100,00	20,56	48,21	23,21	5,96	2,05
De 0 a 15 años	100,00	39,86	48,89	9,71	1,10	0,45
De 16 a 24 años	100,00	33,06	54,80	10,51	1,04	0,59
De 25 a 44 años	100,00	21,81	54,99	18,74	2,99	1,46
De 45 a 64 años	100,00	11,18	47,23	30,24	8,71	2,65
De 65 y más años	100,00	5,53	31,23	42,77	15,65	4,82
Varones						
Total	100,00	22,29	51,80	19,71	4,66	1,54
De 0 a 15 años	100,00	39,34	49,40	9,51	1,47	0,28
De 16 a 24 años	100,00	34,97	56,80	7,43	0,42	0,38
De 25 a 44 años	100,00	23,22	57,44	15,53	2,29	1,53
De 45 a 64 años	100,00	12,90	50,17	26,16	8,52	2,25
De 65 y más años	100,00	6,38	39,59	40,37	10,95	2,71
Mujeres						
Total	100,00	18,89	44,73	26,60	7,22	2,55
De 0 a 15 años	100,00	40,41	48,35	9,92	0,70	0,62
De 16 a 24 años	100,00	31,05	52,70	13,74	1,69	0,81
De 25 a 44 años	100,00	20,32	52,42	22,12	3,74	1,40
De 45 a 64 años	100,00	9,52	44,38	34,18	8,89	3,03
De 65 y más años	100,00	4,92	25,23	44,48	19,03	6,33

Nota: Se refiere a los 12 últimos meses. Los datos referentes a las mujeres de menos de 15 años y estado de salud 'Malo' así como los de los grupos de edad menores de 24 años y estado de salud 'Muy malo' han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de errores de muestreo.

Fuente: ENS (2006) Resultados Nacionales.

TABLA 2

Población por sexo, edad y limitación para las actividades de la vida diaria (en %)

	Total	Limitado/a gravemente	Limitado/a pero no gravemente	No limitado/a
Ambos sexos				
Total	100,00	4,27	18,06	77,67
De 0 a 15 años	100,00	0,67	7,92	91,42
De 16 a 24 años	100,00	0,59	10,29	89,12
De 25 a 44 años	100,00	3,03	15,25	81,72
De 45 a 64 años	100,00	5,13	22,70	72,17
De 65 y más años	100,00	11,21	31,45	57,34
Varones				
Total	100,00	3,89	14,74	81,37
De 0 a 15 años	100,00	0,70	7,93	91,36
De 16 a 24 años	100,00	0,73	8,32	90,95
De 25 a 44 años	100,00	3,22	13,00	83,78
De 45 a 64 años	100,00	5,16	19,12	75,72
De 65 y más años	100,00	9,50	24,46	66,05
Mujeres				
Total	100,00	4,63	21,27	74,09
De 0 a 15 años	100,00	0,63	7,90	91,47
De 16 a 24 años	100,00	0,44	12,36	87,20
De 25 a 44 años	100,00	2,83	17,61	79,56
De 45 a 64 años	100,00	5,09	26,17	68,74
De 65 y más años	100,00	12,44	36,47	51,08

Nota: La limitación ha de haber durado al menos los últimos 6 meses. Los datos referentes al cruce de la categoría 'Limitado/a gravemente' con el grupo '16 a 24 años', así como los de la categoría 'Limitado/a gravemente' con grupo '0 a 15 años', para mujeres han de ser tomados con precaución pues pueden afectarles errores de muestreo. Fuente: ENS (2006) Resultados Nacionales.

En la ENS hay información sobre la nacionalidad de los hogares e individuos con las siguientes categorías: España, Un país de la Unión Europea, Otro país de Europa, Canadá o Estados Unidos, Otro país de América, Un país de Asia, Un país de África o Un país de Oceanía. Esta clasificación, a pesar de ser bastante agregada puede permitir analizar, entre otras cuestiones, tanto el estado de salud de la población inmigrante como el grado de utilización de los servicios sanitarios. El problema viene dado por la baja representatividad de la población extranjera frente al total. Analizando la composición por edad y sexo de esta población, se muestra que la población que viene a nuestro país es una población joven, en edad de trabajar y que coinciden, en su mayoría, con la denominación de “inmigrantes económicos”. Así, en Rivera y Casal (2007) se señala a partir del análisis de esta fuente de información que la población extranjera declara tener un mejor estado de salud general que la población nacional, siendo superior la categoría de “muy bueno-bueno” en 13 puntos porcentuales e inferior la percepción de estado de salud “malo o muy malo” en 6 puntos debido en parte a las diferencias de edad entre los dos colectivos. En dicho trabajo se indica que, del total de personas que acudieron a una consulta médica en las últimas dos semanas, un 89% de la población extranjera (un 84% la autóctona) acudió una única vez, alrededor de un 8% (un 12% la autóctona) dos veces y casi un 2% (al igual que la autóctona) tres veces.

LA ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA (ECV) (*European Statistics on Income and Living Conditions*)

Es una fuente de información estadística armonizada a nivel europeo cuyo objetivo es la producción sistemática de estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE. Esta encuesta sustituye al Panel de Hogares de la UE que comenzó en 1994 y finalizó en el año 2001. Sin embargo, la necesidad de actualizar el contenido con arreglo a las nuevas demandas motivó la elaboración de esta nueva fuente de información. La ECV nos permite estudiar características sociodemográficas (ingresos, condiciones de vida de los hogares, actividad económica, estado de salud, acceso a servicios sanitarios, nivel de estudios, cuidado de los niños, etc.) a nivel europeo. La ECV permite estudiar características sociodemográficas a nivel europeo y proporciona información transversal y longitudinal con un alto grado de calidad.

Una de las secciones de esta encuesta se refiere a la salud. En particular, la información se concentra en los siguientes aspectos:

- 1) Estado general de salud de los individuos que toma los valores “1” (muy bueno); “2” (bueno); “3” (regular); “4” (malo) y “5” (muy malo).
- 2) Personas que tienen alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deficiencia crónicas.
- 3) Personas que han encontrado limitaciones en el desarrollo de su actividad diaria durante los últimos seis meses debido a un problema de salud (ya sea intensamente o hasta cierto punto).
- 4) Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario en el último año, es decir, personas que los últimos doce meses han tenido necesidad en alguna ocasión de asistir a la consulta de un médico (o dentista) o de recibir tratamiento médico y no ha podido.
- 5) Razones por las que los individuos no han podido acceder a los servicios sanitarios con las siguientes posibilidades: no se lo podía permitir económicamente, estaba en lista de espera (o tenía la sensación de que ésta era muy amplia), no disponía de tiempo para tener que trabajar o tener que cuidar niños u otras personas, la consulta estaba muy lejos para desplazarse o no había medios de transporte, miedo a los médicos, a los hospitales o al tratamiento, prefirió esperar y ver si el problema mejoraba por sí mismo, no conocía ningún médico o especialista competente u otros motivos.

La ECV nos permite a su vez analizar las variables descritas anteriormente según el país de nacimiento de los individuos considerando tres categorías: España, Resto de Europa y Resto del mundo. La clasificación resulta muy agregada si bien nos permite detectar algunas pautas de comportamiento (TABLAS 3 y 4). Con respecto a la autovaloración de salud según el país de nacimiento se observa que en general según las ECV aquellos individuos nacidos en España declaran tener una peor salud (2,355 y 2,304 respectivamente) tanto si lo comparamos con los nacidos en otros países del resto de Europa (1,912 y 1,910 respectivamente) como con los nacidos en otros países extra comunitarios (2,038 y 1,968 respectivamente). Sin embargo, se produce la curiosa paradoja de que en 2005 el mayor porcentaje de personas que no pudieron recibir asistencia médica (7,1%) y se encuentran en lista de espera (26,5%) han nacido en otros países europeos.

TABLA 3
Autovaloración de salud según país de nacimiento

	ECV 2004		ECV 2005	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
España	2,355	0,943	2,304	0,973
Resto Europa	1,912	0,778	1,910	0,780
Resto Mundo	2,038	0,799	1,968	0,779
Total Nacional	2,343	0,968	2,286	0,971

Nota: El estado general de salud de los individuos toma los valores “1” (muy bueno); “2” (bueno); “3” (regular); “4” (malo) y “5” (muy malo).

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV).

TABLA 4
Indicadores de condiciones de vida según país de nacimiento: Enfermedades

	ECV 2004		ECV 2005	
	% Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario en el último año	% Personas que se encuentran en lista de espera	% Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario en el último año	% Personas que se encuentran en lista de espera
España	7,1	31,3	6,2	9,7
Resto Europa	6,3	13,7	7,1	26,5
Resto Mundo	11,7	10,4	6,8	8,2
Total Nacional	7,2	30,3	6,3	9,9

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV).

Resulta también interesante comprobar si existe una mayor demanda de estos servicios por parte de la población inmigrante a pesar de su menor edad relativa en comparación con la población autóctona. En este sentido, a pesar de que la ECV no proporciona información detallada de la utilización sanitaria por población inmigrante versus la autóctona en Cantarero y Pascual (2007) se realiza una aproximación obteniendo resultados similares a los de la ENS y se encuentra que existe cierta tendencia a una mayor utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante respecto a la autóctona especialmente en la consulta del especialista.¹⁰

4. SALUD, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y MENOR GASTO

En este apartado se presenta algunos resultados preliminares que serán completados en una versión ampliada posteriormente. La hipótesis de partida consiste en modelizar el número de visitas siendo relevantes en su explicación factores como la edad, educación, estado civil, renta, nivel ocupacional, autovaloración de salud, el hecho de ser inmigrante y otras características socioeconómicas. Lo que interesa en este punto es analizar la relación existente entre la utilización de servicios sanitarios y diversas características sociodemográficas con especial atención a la población

¹⁰ Quizás se deba, entre otros factores, al carácter universal del sistema sanitario y a la juventud del colectivo (básicamente de edades de 25 a 40 años) relacionada con la mayor tasa de fecundidad de las mujeres extranjeras.

inmigrante (esto es, aquellos individuos que no han nacido en la Unión Europea).

La Tabla 5 muestra las variables empleadas en la estimaciones y sus definiciones. En primer lugar, como características personales hemos incluido dos variables: la edad de individuo y género. Para permitir una relación flexible entre la utilización de salud y la edad, se ha incluido una función polinómica cuadrática de esta variable (EDAD; EDAD2=Edad²). También, el género de individuos (GÉNERO) se ha tomado en consideración como una variable dummy que toman un valor de 1 si el individuo es hombre.

El segundo grupo de variables se refiere al máximo nivel de educación completado. En la fuente de información considerada la educación es clasificada en tres categorías basadas en la clasificación de ISCED: nivel menos que secundario (ISCED 0-2), nivel secundario (ISCED 3) y tercer nivel (ISCED 5-7). Así, una variable dummy ha sido considerada referida al tercer nivel educativo (HEDUC). En este sentido, muchos estudios han mostrado que la educación es una característica socio-económica importante al determinarse el estado de salud (y utilización de cuidado de salud). En tercer lugar, representando el estado civil se han considerado cuatro variables (soltero, separado, divorciado y viudo) con casado como la categoría de referencia.

Por otro lado, se tiene en cuenta la influencia de la renta en la utilización de salud. De hecho, ingresos más altos deben asociarse con buena salud aunque esta relación no está clara y la correlación puede variar de muy positivo a débilmente negativa, dependiendo del contexto, covarianzas y nivel de agregación. Nuestra variable de ingreso es el logaritmo equivalente anual neto de la renta ajustada (LRENTAOCDMO) utilizándose la escala de la OCDE modificada¹¹ para tomar el tamaño del hogar y su composición así como usando el logaritmo del ingreso del hogar (escala de la OCDE modificada) teniendo en cuenta la concavidad en la relación de salud e ingreso³⁰. Otras variables incluidas en el análisis de utilización de salud relacionado al estatus profesional es el nivel de empleo. Para ello se ha considerado una variable dummy que toma valor uno si el individuo es desempleado y cero si no es así (DESEMPLEADO). Finalmente, hemos considerado si el individuo tiene una Autovaloración de Salud muy buena o buena (AVS) y si el individuo es INMIGRANTE.

Tabla 5. Definición de variables

¹¹ La escala de la OCDE modificada da un peso de 1 al primer adulto, 0.5 a otras personas de 14 años o más y 0.3 a cada niño de menos de 14. Para cada persona, el ingreso anual equivalente es calculada como el ingreso neto total del hogar dividido por el tamaño del hogar.

<u>NOMBRE DE VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN DE VARIABLE</u>
<u>CARACTERÍSTICAS PERSONALES</u>	
Género (HOMBRE)	1 si hombre, 0 en resto de casos
Edad (EDAD)	Edad en años a 31 de Diciembre del año considerado
Edad al cuadrado (EDAD2)	Edad ²
<u>NIVEL EDUCATIVO</u>	
Educación terciaria (EDUCT)	1 si la cualificación académica es terciaria (ISCED 5-7), 0 en otros casos
<u>ESTADO CÍVIL</u>	
<u>SOLTERO (SOLTERO)</u>	<u>1 SI SOLTERO, 0 EN RESTO DE CASOS</u>
Separado (SEPARADO)	<u>1 SI SEPARADO, 0 EN RESTO DE CASOS</u>
Divorciado (DIVORCIADO)	<u>1 SI DIVORCIADO, 0 EN RESTO DE CASOS</u>
Viudo (VIUDO)	<u>1 SI VIUDO, 0 EN RESTO DE CASOS</u>
<u>RENTA</u>	
Renta neta (LRENTAOCDMO)	Logaritmo de la renta neta equivalente anual del hogar (OCDE escala modificada)
<u>NIVEL OCUPACIONAL</u>	
Situación en el Mercado laboral (DESEMPLEADO)	1 si el individuo está desempleado, 0 en resto de casos
<u>ESTADO DE SALUD</u>	
Autovaloración de Salud (AVS)	1 si el individuo tiene una Autovaloración de Salud muy buena o buena, 0 en resto de casos
<u>INMIGRANTE</u>	
Inmigrante (INMIGRANTE)	1 si el individuo es inmigrante, 0 en resto de casos

En la Tabla 6 se ha utilizado una estimación probit con la ECV y puede observarse que los hombres y aquellos con una mayor educación o una AVS buena o muy buena es más probable que demanden una mayor atención

sanitaria en comparación con aquellos de mayor edad, desempleados o que sean inmigrantes.

Tabla 6. *Estimaciones Probit incluyendo efectos medios y marginales.*
Variable dependiente: Variable binaria que toma el valor de uno si utilización de servicios sanitarios

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	dF/dx	Std. Err.
HOMBRE	-0,0395	0,0229	-1,7200	0,0850	-0,0048	0,0028
EDAD	0,0200	0,0046	4,3100	0,0000	0,0024	0,0006
EDAD2	-0,0003	0,0000	-6,0700	0,0000	0,0000	0,0000
EDUCT	-0,1089	0,0306	-3,5500	0,0000	-0,0125	0,0033
SOLTERO	-0,1317	0,0356	-3,7000	0,0000	-0,0152	0,0039
SEPARADO	0,0572	0,0737	0,7800	0,4370	0,0072	0,0097
DIVORCIADO	0,2624	0,0807	3,2500	0,0010	0,0384	0,0140
VIUDO	0,1487	0,0436	3,4100	0,0010	0,0197	0,0063
DESEMPLEADO	0,0775	0,0401	1,9300	0,0530	0,0098	0,0053
AVS	-0,4768	0,0256	-18,6400	0,0000	-0,0636	0,0037
INMIGRANTE	0,0869	0,0512	1,7000	0,0900	-0,0048	0,0028
Pseudo R2	0,0349					
Log verosimilitud	-7431,9676					

Nota: 31368 observaciones

(*) dF/dx es para un cambio discreto de variable dummy que toma el valor 0 a 1

z y P>|z| son el test para el coeficiente implícito sea 0.

5 CONCLUSIONES

En este trabajo se han estudiado las características sociodemográficas y de salud así como la utilización de los servicios de asistencia sanitaria, con especial referencia a la población inmigrante en España y teniendo en cuenta que en estos años se han producido descensos en el nivel de gasto sanitario público. Para ello se han revisado los datos de las principales encuestas relacionadas con la salud y aspectos socioeconómicos como son la Encuesta de Condiciones de Vida y la Encuesta Nacional de Salud.

Se detecta así una mayor utilización de servicios sanitarios de la población inmigrante respecto a la autóctona. Dada la existencia del *healthy immigrant effect* entonces mayor sería la utilización de servicios sanitarios a medida que el nivel de salud del inmigrante empeore y el nivel de gasto sea menor, lo que depende del “tiempo de residencia en el país de destino”. Dicho fenómeno se comprobará especialmente en los próximos años y cuando sean más numerosas las “nuevas generaciones” de inmigrantes en nuestro país. Como es obvio, para mejorar la salud de la población, es preciso implementar nuevos modelos de políticas públicas en donde la protección de la salud realmente vuelva a configurarse en ese bien preferente que es al que proteger especialmente en el colectivo inmigrante con menor capacidad económica.

Y es que resulta clave la propia definición de inmigrante que se adopte en este tipo de estudios y el contar con una mayor representatividad de dicho grupo social en las encuestas de tipo socioeconómico y de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abasolo, I., Manning, R, Jones, A.M. (2001): “Equity in utilization of and access to public-sector GPs in Spain”. *Applied Economics*, 33, 349-364.
- Álvarez, B. (2001): “La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España”. *Investigaciones Económicas*, Vol. XXV(1), 93-138.

- Andersen R. (1995): “Revisiting the behavioural model and access to medical care: Does it matter?”. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Andersen R.M., Newman, J.F. (1973): “Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States”. *Milbank Quarterly*, 51, 95-124.
- Balarajan, R., Bulusu, L. (1990): “Mortality among immigrants in England and Wales 1979-83”, En Britton, M. (ed.), *Mortality and Geography: a Review in the mid-1980s*, London, OPCS.
- Basu, S., Stuckler, D. (2013): *El coste humano de las políticas de recorte. Por qué la austeridad mata*. Taurus.
- Beenstock, M., Chiswick, B.R., Paltiel, A. (2005): “Endogenous Assimilation and Immigration Adjustment in Longitudinal Data”, *IZA Discussion Paper No. 1840*.
- Borrell, C., Rohlf, L., Ferrando, J., Pasarin, M.I., Domínguez-Berjón, F., Plasencia, A. (2000): “Social inequalities in perceived health and utilization of health services in a south European urban area”. *International Journal of Health Services*, 29, 743-64.
- Bourdillon, F., Bennegadi, R. (1992): “Migration and Health – What Does the Future Hold?”. *International Migration*, Vol. 30 (Special Issue: Migration and Health in the 1990s), 199-205.
- Brimblecombe, N., Dorling, D., Shaw, M. (2000): “Migration and geographical inequalities in health in Britain”. *Social Science and Medicine*, 50, 861-878.
- Buchmueller, T., Couffinhal, A., Grignon, M., Peronnin, M. (2002): “Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France”. *Working Paper No. 9328*, National Bureau of Economic Research.
- Cairney, J., Ostbye, T. (1999): “Time since immigration and excess body weight”. *Canadian Journal of Public Health*, 90(2), 120-124.
- Cameron, A., Milne, F., Trivedi, P., Piggot, J. (1998): “A microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia”. *The Review of Economics Studies*, 55, 85-106.

- Cantarero, D., Pascual, M. (2007): “Utilización de servicios sanitarios por los inmigrantes”. En *Informe SESPAS 2008*. En prensa.
- Chiappori, P., Durand, F., Geoffard, P. (1998): “Moral hazard and the demand for physician services: first lessons from a French natural experiment”. *European Economic Review*, 42(3-5), 499-511.
- Chiswick, B.R., Liang, Y., Miller, P.W. (2006): “Immigrant Selection System and Immigrant Health”. *IZA Discussion Paper No. 2345*.
- Clavero, A., González, M^a.L. (2005a): “La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente”. *Estadística Española*, 47(158), 55-87.
- Clavero, A., González, M^a.L. (2005b): “Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de la demanda y utilización de servicios sanitarios”. *Hacienda Pública*, 173, pp. 129-162.
- Cots, F., Castells, X., Ollé, C., Manzanera, R., Varela, J., Vall, O. (2002): “Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona”. *Gaceta Sanitaria*, 16: 376-84.
- Dolado, J.F., Vázquez, P. (eds.) (2007): *Ensayos sobre los efectos económicos de la inmigración en España*. FEDEA, Madrid.
- Dunn, J.R., Dyck, I. (2000): “Social determinants of health in Canada’s immigrant population: results from the National Population Health Survey”. *Social Science and Medicine*, 51, 1573-93.
- García Gómez, P. (2007): “Hipótesis sobre inmigración y bienestar”. En López I Casasnovas, G. (dir): *Inmigración y transformación social en Cataluña*. Bilbao: Fundación BBVA; pp. 93-162.
- García Gómez, P., González Raya, S., Sáez, M. (2007): “Diferencias en estado de salud y en los condicionantes de utilización de los servicios sanitarios entre la población de origen extranjero”. En López I Casasnovas, G. (dir): *Inmigración y transformación social en Cataluña*. Bilbao: Fundación BBVA; pp. 257-304.
- Gerdtham, U.G. (1997): “Equity in health care utilization: further tests based on hurdle models and Swedish micro data”. *Health Economics*, 6(1), 303-319.

- Globerman, S. (1998): "Immigration and health care utilisation patterns in Canada". *Vancouver Centre of Excellence (RIIM), Working Paper Series* N.º: 98-08.
- Grossman, M. (1972a): "On the concept of health capital and the demand for health". *Journal of Political Economy*, Vol. 80, 223-255.
- Grossman, M. (1972b): *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, New York: NBER Occasional Papers No. 119.
- Gustaffson, B., Osterberg, T. (2001): "Immigrants and the public sector budget- accounting exercises for Sweden". *Journal of Population Economics*, 14, 89-708.
- Harding, S., Maxwell, R. (1998): "Differences in mortality in migrants". En Drever, F., Whitehead, M. (eds.), *Health Inequalities*, London, ONS.
- Hernandez, D.J., Charney, E. (1998): *From Generation to Generation: The Health and Well-Being of Children in Immigrant Families*, National Academy Press, Washington D.C.
- Holly, A., Gardiol, L., Domeghetti, G., Bisig, B. (1998): "An econometric model of health care utilisation and health insurance in Switzerland". *European Economic Review*, 42(3-5), 513-522.
- Hurd, M., McGarry, K. (1997): "Medical insurance and the use of health care services by the elderly". *Journal of Health Economics*, 16(2), 129-154.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) y Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (1987, 1993, 2001, 2003 y 2006): *Encuesta Nacional de Salud (ENS)*. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2004 y 2005): *Encuesta de Condiciones de Vida*. Madrid.
- Jansa, J.M., García de Olalla, P. (2004): "Salud e Inmigración: Nuevas Realidades y Nuevos Retos". *Gaceta Sanitaria*, 18, 207-213.
- Jimenez Martin, S., Labeaga, J.M., Martínez-Granado, M. (2002): "Latent class versus two part models in the demand for physician services across the European Union". *Health Economics*, 11, pp. 301-321.

- Jones, A., Koolman, X., Van Doorslaer, E. (2002): "The impact of private health insurance on specialist visits: analysis of the European Community Household Panel". *Ecuity II Project Working Paper*, N° 9.
- Joumard, I., Konsgrud, P. (2003): "Fiscal relations across government levels", *OECD Economics Department Working Paper*, No. 375.
- Julian, R., Easthope, G. (1996): "Migrant Health", En Grbich, C. (ed.): *Health in Australia*, Prentice Hall, Sydney, 103-125.
- Karmi, G. (1991): "The Health Status and Health Beliefs of Two London Migrant Communities". *International Migration*, Vol. 29, 5-12.
- Kaspar, V. (2002): "Mental Health of Immigrant and Non-Immigrant Children and Youth". *Conference on Canadian Immigration Policy for the 21st Century*, October 2002, Queen's University, Kingston, Ontario Canada.
- Lalonde, R.J., Topel, R.H. (1991): "Immigrants in the American Labor Market: Quality, assimilation, and distributional effects". *American Economic Review*, 81(2), 297-302.
- López-Nicolás, A. (2001): "Seguros sanitarios y gasto público en España. Un modelo de micro simulación par alas políticas de gastos fiscales en sanidad". *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales*, n° 12/2001.
- Marmot M.G., Adelstein A.M., Bulusu L. (1984): "Lessons from the study of immigrant mortality". *Lancet*, 30, 1455-7.
- Massey, D.S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., Taylor, J.E. (1993): "Theories of international migration: A review and appraisal". *Population and Development Review*, 19(3), 431-466.
- Mayr, K. (2005): "The fiscal impacts of immigrants in Austria – A generational accounting analysis". *Empirica*, 32, 181-216.
- Matthew, G.K. (1971): "Measuring need and evaluating services". En McLachlan, G. (ed.): *Portfolio for health*, London Oxford University Press, 6th Series.

- McDonald, J.T., Kennedy, S. (2004): "Insights into the "healthy immigrant effect": health status and health service use of immigrants to Canada". *Social Science and Medicine*, 59, 1613-27.
- McKay, L., Macintyre, S., Ellaway, A. (2003): "Migration and Health: A Review of the International Literature". *Occasional Paper No 12, MRC Social&Public Health Sciences Unit*, January 2003.
- Mora, T., Gallo, P. (2006). "Determinants of health and utilization in Catalonia (Spain)". Toledo: *XXVI Jornadas de Asociación de Economía de la Salud*.
- Nolan, A. (2007). "A dynamic analysis of GP visiting in Ireland: 1995-2001". *Health Economics*, 16, 129-143.
- Noro, A.M., Hakkinen, U.T., Laitinen, O.J. (1999). "Determinants of health service use and expenditure among the elderly Finnish population". *European Journal of Public Health*, 9(3), 174-180.
- OECD (2007): OECD Health Data File 2007.
- Palloni, A., Arias, E. (2004): "Paradox Lost: Explaining the Hispanic Adult Mortality Advantage". *Demography*, 41(3) August, 385-415.
- Perez, C.E. (2002): "Health Status and Health Behaviour Among Immigrants". Supplement to *Health Reports*, Vol. 13, Statistics Canada Catalogue, 82-003, Ottawa, Canada.
- Pol, L.G., Thomas, R.K. (1992): *The Demography of Health and Health Care*, Plenum Press, New York.
- Pohlmeier, W., Ulrich, V. (1995): "An econometric model of the two-part decision-making process in the demand for health care". *Journal of Human Resources*, 30(2), 339-361.
- Powles, J., Gifford, S. (1990): "How Healthy Are Australia's Immigrants?". In Reid, J., Trompf, P. (eds.): *The Health of Immigrant Australia*, Harcourt Brace Jonanovich, Sidney, 77-107.
- Puig, J., Saez, M., Martinez, E. (1998): "Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts". *Health Care Management Science*, 1(1), 39-52.

- Rivera, B., Casal, B. (2007): “Adaptación de los Servicios de Salud a las especificidades de los nuevos españoles”. En *Informe SESPAS 2008*. En prensa.
- Sanz, B., Torres, A.M., Schumacher, R. (2000): “Características socio-demográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid”. *Atención Primaria*, 26, 314-18.
- Sarma, S., Simpson, W. (2006): “A microeconomic analysis of Canadian health care utilization”. *Health Economics*, 15, 219-239.
- Schellhorn, M.T., Stuck, A.E., Minder, C.E., Bec, J.C. (2000): “Health services utilization of elderly Swiss: evidence from panel data”. *Health Economics*, 9, 533-545.
- Schultz, T.P. (1984): “The Schooling and Health Children of US Immigrants and Natives”. *Research in Population Economics*, Vol. 5, 51-288.
- Sharma, R.D., Michalowsky, M., Verma, R.B.P. (1990): “Mortality differentials among immigrant populations in Canada”. *International Migration*, 28, 4, 443-450.
- Singh, G., Siahpush, M. (2002): “Ethnic-immigrant differentials in health behaviours, morbidity, and cause-specific mortality in the US: An analysis of two national databases”. *Human Biology*, 74, 1, 83-109.
- Solsona, M., Viciano, F. (2004). “Claves de la Evolución Demográfica en el Cambio de Milenio”. *Gaceta Sanitaria*, 18, 8-15.
- United Nations (2002): *International Migration Report*. New York: United Nations Population Division.
- Urbanos, R. (2000a): “La prestación de los servicios sanitarios públicos en España: cálculo y análisis de la equidad horizontal interpersonal para el período 1987-1995”. *Hacienda Pública Española*, 153, pp. 139-160.
- Urbanos, R. (2000b): “Desigualdades sociales en salud y efectividad potencial de las políticas públicas: un estudio aplicado con datos españoles”. *Hacienda Pública Española*, 154(3), pp. 217-38.

- Vall, O., García-Algar, O. (2004): “Inmigración y salud”. *Análisis Pediátrico*, 60, 1-2.
- Vall, O., García Pérez, J., Puig, C., García, O. (2001): “La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes”. *Pediatría Integral*, 61, 42-50.
- Vera-Hernández, A.M. (1999): “Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia”. *Health Economics*, 8, 579-598.
- Waite, L., Gallagher, M. (2000): *The Case for Marriage: Why Married People are Happier, Healthier and Better Off Financially*. Doubleday, New York.
- Waters, H. (1999): “Measuring the impact of health insurance with a correction for selection bias: a case study of Ecuador”. *Health Economics*, 14, S169-S186.